

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 142

A PROPOS D'UN CAS
DE SPOROTRICHOSE GÉNÉRALISÉE
A FORME PSEUDO-BACILLAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Mai 1920

PAR

Maxime BOUNIOL

Né à Nîmes le 1^{er} janvier 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ ESTOR, professeur, *président*.
GRANEL, professeur.
VEDEL, professeur adj.
EUZIERE, agrégé

{ *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdansor

1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0207

A PROPOS D'UN CAS
DE SPOROTRICHOSE GÉNÉRALISÉE
A FORME PSEUDO-BACILLAIRE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 142

A PROPOS D'UN CAS

DE SPOROTRICHOSE GÉNÉRALISÉE

A FORME PSEUDO-BACILLAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Mai 1920

PAR

Maxime BOUNIOL

Né à Nîmes le 1^{er} janvier 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ ESTOR, professeur, *président*.
GRANEL, professeur.
VEDEL, professeur adj
EUZIERE, agrégé

{ *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdansor

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM MAIRET (✱).....	DOYEN.
N.....	ASSESSEUR
IZARD.....	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM FEDENAT (O ✱)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱)
Physique médicale.....	IMBERT (✱)
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✱)
Clinique ophthalmologique.....	TRUC (O ✱)
Physiologie.....	HEDON (✱)
Histologie.....	VIALLETON
Clinique médicale.....	DU CAMP (✱)
Anatomie.....	GLIS (✱)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱)
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRET (✱)
Anatomie pathologique.....	MASSABEAU (H)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIERE (H)
Microbiologie.....	N.....
Pathologie interne.....	N.....
Clinique médicale.....	N.....
Médecine légale et toxicologie.....	N.....

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✱)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM DR ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O ✱ H) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱ H, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards...	EUZIERE, agrégé. (ch. d. c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé. (c. c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé. (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON ✱ (H) doct. (c. c.)

Agrégés en exercice

MM GALAVIELLE	MM CABANNES	MM ETIENNE
GRYNFELT (✱)	P. DELMAS	LISBONNE
LEENHARDT	KUZIÈRE	PECH ✱ (ch. d'agr. l.)
GAUSSEL (✱ H)	J. DELMAS (H)	
RICHE	RIMBAUD ✱	

Examineurs de la thèse

MM. ESTOR, professeur, président.		MM. VEDEL, professeur adj.
GRANEL, professeur		EUZIERE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES PARENTS

Profond hommage de reconnaissance.

M. BOUNIOL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MON JURY DE THÈSE

A MÔNSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ ÉTIENNE

*Qui m'inspira le sujet de cette étude,
en souvenir de la bienveillante sym-
pathie qu'il m'a toujours témoignée.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. BOUNIOL.

A PROPOS D'UN CAS

DE SPOROTRICHOSE GÉNÉRALISÉE

A FORME PSEUDO-BACILLAIRE

I

INTRODUCTION

Nous n'avons nullement eu l'intention, en publiant ce travail, de faire une revue générale des connaissances actuelles en ce qui concerne la question des sporotrichoses.

Ou bien une telle étude n'aurait été qu'un inutile résumé des différents ouvrages, déjà si nombreux, qui ont paru sur la question, ou alors plusieurs années de recherches personnelles auraient à peine suffi à nous permettre de mener à bien une pareille entreprise.

Or, après cinq ans de guerre, le temps n'est plus pour nous aux longues recherches purement scientifiques. Il convient de laisser ce soin à d'autres plus compétents ou plus spécialisés dans les travaux de laboratoire.

Quant à nous, tout en rendant l'hommage qui leur revient, à ces travaux, dont nous nous sommes fatalement inspirés, nous avons voulu surtout nous cantonner dans l'étude de la question au seul point de vue pratique.

Combien de sporotrichosiques — relativement bien portants par ailleurs — ont traîné pendant des mois et même

des années une vie misérable dans les salles d'hôpital, sans espoir de guérison, la nature de leur affection étant méconnue, alors qu'un simple traitement ioduré les aurait rendus en quelques semaines à la vie normale.

Tel le malade de du Cazal, de Monaco, « un moribond couvert d'ulcères présumés tuberculeux, et au lit duquel on ne s'arrêtait même plus »; le diagnostic de sporotrichose ayant été porté, le malade fut mis à l'iodure et six semaines après il sortait guéri.

Telle aussi la malade de Ravaut et Civate « qui, prise également pour une tuberculeuse, était confinée au lit depuis sept mois. Son affection s'aggravait: le diagnostic est réformé et, en un mois, elle guérit ».

Bienheureux encore ont été ceux que la méconnaissance du vrai diagnostic n'a pas conduits à des désastres irréparables; comme dans les trois cas de Duque (de Cuba), rapportés par Gougerot, où le premier et le deuxième malades subirent une double amputation de cuisses, tandis que le troisième était amputé de l'avant-bras. « Or, malgré ces mutilations, nous dit Gougerot, la mycose continuait d'évoluer et les trois malades ne guérèrent que lorsque le diagnostic exact de sporotrichose fut posé, indiquant l'emploi de la médication iodurée ».

C'est afin de parer autant que possible à ces conséquences désastreuses d'un diagnostic méconnu que nous nous sommes efforcés de rapporter scrupuleusement l'histoire de notre petite malade, et les réflexions que cette histoire nous a suggérées au point de vue de l'étiologie, de la pathogénie et surtout du diagnostic, du pronostic et du traitement de l'affection en cause.

Nous estimerons avoir accompli une œuvre utile si ces pages contribuent dans leur modeste mesure à rendre plus présente à l'esprit la notion de sporotrichose et à éviter ainsi d'inutiles souffrances à quelques malheureux.

II

OBSERVATION

C. E..., 12 ans, entrée le 7 août 1918, dans le service de M. le professeur Estor, pour fistules osseuses de la région tibio-tarsienne droite et du poignet gauche. La malade se plaignait, en outre, à ce moment-là, de phénomènes douloureux localisés à la face plantaire du pied gauche.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, profession tonnelier; mère en bonne santé; une sœur morte à dix-huit jours (cause et date exacte du décès indéterminées); un frère, âgé de 20 ans, malingre, maladif.

Antécédents personnels. — Rougeole (date indéterminée) Amygdalites fréquentes.

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE. — Début en janvier 1918 par douleurs pongitives à exacerbations nocturnes dans toute la région tibio-tarsienne droite. Un médecin consulté porte le diagnostic de douleurs rhumatismales.

Mais, quinze jours après, apparition, au-dessous et en arrière de la malléole externe droite, d'une tuméfaction rouge, douloureuse, fluctuante. On incise. Depuis fistulisation.

En mai 1918, la malade se plaint de douleurs revêtant

les mêmes caractères, au niveau de la face dorsale de la main gauche, un peu au-dessous de l'articulation du poignet. Quelques jours après, formation d'une collection purulente. Incision. Fistulisation.

Le 7 août 1918, la malade accuse des phénomènes douloureux, identiques aux précédents, au niveau de la face plantaire du pied gauche. Elle entre à l'hôpital. Apparition d'un nouvel abcès qui s'ouvre spontanément. Fistulisation.

En octobre 1918, autre localisation à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de l'avant-bras droit, face postérieure. Même processus que ci-dessus. Fistulisation.

En décembre 1918 on fait un Wassermann. Résultat négatif.

En janvier 1919, nouvelle localisation à l'union du tiers inférieur au tiers moyen de la cuisse droite, face postérieure. Nouvelle fistule.

Depuis, d'autres localisations sont survenues, suivies de fistules et d'ulcérations, au niveau de la partie droite du cou, à l'angle de la mâchoire, le long du maxillaire inférieur et au-dessous et en arrière du sterno-mastoïdien droit.

ETAT ACTUEL. — *Etat général* excellent, malgré vingt mois de séjour à l'hôpital.

Rien à signaler du côté des divers appareils.

Description analytique des lésions, suivant leur ordre d'apparition

A. MEMBRE INFÉRIEUR DROIT. — a) *Pied et jambe*. — A 2 centimètres au-dessous et en arrière de la malléole externe, deux fistules, accolées en canon de fusil, communiquant entre elles, séparées l'une de l'autre par un pont de peau vio-

lacée, l'antérieure à demi cachée par un bourgeon charnu, et laissant sourdre à la pression un pus épais, visqueux, très homogène, peu abondant. La palpation, assez douloureuse, nous fait constater une induration des tissus avoisinants. Un stylet introduit dans les trajets fistuleux nous amène sur du tissu osseux nécrosé.

A un travers de doigt au-dessus de la malléole externe, cicatrice irrégulièrement arrondie, large comme une pièce de 2 francs, souple, non adhérente, très pigmentée.

b) *Cuisse*. — A l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la face postérieure, deux cicatrices superposées, à 1 centimètre l'une de l'autre, larges comme 50 centimes, très déprimées, adhérentes au plan musculaire sous-jacent, mais sans rapport avec le fémur.

B. MEMBRE SUPÉRIEUR GAUCHE. — La main tout entière est tuméfiée, à base élargie; les doigts sont amincis, la peau blafarde. L'aspect général est celui d'une tumeur blanche du poignet.

Les mouvements de flexion et d'extension des doigts sont très limités. Les mouvements de flexion et d'extension de la main sur l'avant-bras sont impossibles.

A la face dorsale, au niveau de la tête du quatrième métacarpien, on note une cicatrice avec, à son centre, une fistule laissant s'écouler un pus séreux, citrin; bords indurés; phénomènes douloureux à la pression.

L'introduction du stylet nous conduit sur du tissu osseux nécrosé.

A la face palmaire, cicatrice linéaire de 6 centimètres de longueur, coupant obliquement l'éminence thénar de bas en haut et de dehors en dedans, et se terminant à la partie supérieure par une fistule.

C. MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE. — A l'union du tiers antérieur et du tiers moyen de la face plantaire du pied, ulcération en V renversé, avec trajet fistuleux, bords indurés, rouges violacés.

L'exploration du trajet fistuleux ne nous amène sur aucun point osseux.

D. MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT. — a) *Main et avant-bras.* — Cinq cicatrices de dimensions diverses, toutes très adhérentes à la profondeur, certaines en relation avec le plan osseux sous-jacent (cicatrices de fistules osseuses) et dont l'une particulièrement étendue mérite une description spéciale: siégeant à la face postérieure de l'avant-bras, allongée selon l'axe du membre, elle mesure 10 centimètres de long sur 4 centim. 5 de large. Elle est violacée, adhérente à la profondeur et se trouve recouverte de squames furfuracées qui s'arrachent facilement, mettant à nu, par endroits, de petites ulcérations. D'après les dires de la malade, elle serait consécutive à une fistule qui aurait pris ultérieurement l'allure d'une ulcération phagédénique.

Au tiers supérieur de l'avant-bras, face interne, à 4 centimètres au-dessous de l'épithrochlée, cicatrice linéaire de 3 centim. 5 de longueur, adhérente au plan musculaire sous-jacent, mais sans relation avec le cubitus.

b) *Bras.* — A la face interne du bras, à 4 centimètres au-dessus de l'épithrochlée, gomme ulcérée, arrondie, de la largeur d'une pièce de 2 francs, à croûte squameuse, surélevée.

E. Cou. — 1° Deux cicatrices adhérentes au maxillaire inférieur (situées au niveau de son bord inférieur; l'une à l'angle même de la mâchoire, du côté droit, l'autre un peu en avant);

2° Au-dessous et en arrière du sterno-mastoïdien droit, large ulcération tuberculoïde, à bords violacés et décollés, à fond sanguinolent, obliquement dirigée de haut en bas et d'arrière en avant (5 centimètres de long sur 2 centim. 5 de large).

A noter, absence complète d'adénopathies des ganglions correspondant aux régions infectées.

Le 10 mars 1920, après échec du traitement habituel des tuberculoses chirurgicales, on pense à une sporotrichose.

M. le professeur Etienne fait trois ensemencements de pus sur milieu de Sabouraud (culture à froid) et un dans un tube vide simplement stérile (auto-culture). Au bout de quatre jours, résultat positif macroscopiquement.

Quelques jours plus tard, ce résultat est contrôlé au microscope et confirmé.

RADIOGRAPHIES. — Quatre radiographies ont été faites :

Celles des deux pieds et de la main gauche ne permettent pas d'apprécier nettement des lésions osseuses, qui ne doivent pas être encore très étendues.

Celle de l'avant-bras droit nous montre, au niveau du tiers inférieur du cubitus, une vaste hyperostose périphérique, siégeant sur une hauteur de trois travers de doigt environ, avec raréfaction osseuse centrale.

TRAITEMENT. — a) *Général*. — A partir du 15 mars, la malade a été mise à l'iodure. On a commencé par une dose de 1 gramme dans la journée, puis on a augmenté de 1 gr. par jour jusqu'à 6 grammes, dose qui n'a pas été dépassée.

b) *Local*. — Lavage des ulcérations au liquide iodo-ioduré et injection de la même solution dans les trajets fistuleux.

III

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Plusieurs détails nous ont paru assez intéressants à mettre en évidence dans le cas qui vient d'être rapporté.

1° D'abord *l'âge de la malade*.

On a remarqué, qu'en général, la sporotrichose était une affection de l'âge adulte; ici, au contraire, nous avons affaire à une enfant de 12 ans.

D'autres cas, il est vrai, ont été observés, où la mycose avait évolué chez de jeunes enfants (7 ans dans un cas de Vidal et Joltrain; 11 ans dans un cas de Perrin et Wyze Lauzun). Mais ce sont des exceptions et le fait mérite d'être signalé.

2° *La constitution générale et les antécédents personnels du sujet*.

Notre malade est une petite fille ayant toujours vécu à la campagne, robuste et bien constituée par ailleurs et sans autres antécédents morbides qu'une rougeole et quelques amygdalites.

Nous verrons plus loin quelle a pu être l'influence de cette dernière affection sur l'évolution de la maladie actuelle.

Ne retenons pour le moment qu'une chose, c'est que, avec des antécédents morbides aussi minimes, notre sujet

aurait dû offrir au sporotrichum un terrain très résistant, peu prédisposé par conséquent à laisser se développer le parasite.

On sait, en effet, que ce champignon ne jouit, à l'état sauvage, que d'une virulence très atténuée. C'est un vulgaire saprophyte, qui ne devient parasite que dans des conditions spéciales : prédisposition du terrain, diminution de résistance de l'organisme malade, sensibilisation du terrain par le germe, augmentation de virulence par passages successifs chez plusieurs individus.

C'est pourquoi les sujets atteints sont ordinairement des adultes peu résistants, à organismes usés par des tares antérieures, infections ou intoxications aiguës ou chroniques : alcoolisme, diabète, tuberculose, syphilis...

Rien de tout cela chez notre petite malade.

Nous ne pouvons nous expliquer dans son cas l'infection qu'en tenant compte des antécédents familiaux, qu'on peut résumer ainsi :

Père alcoolique invétéré ;

Sœur morte en bas âge ;

Frère malingre, chétif, fréquemment malade.

Il est évident qu'en présence d'une famille aussi tarée physiquement dans l'ensemble, il est permis de douter, malgré les apparences, de la bonne santé antérieure du sujet.

C'est donc sur un organisme sans doute prédisposé par des tares héréditaires qu'a évolué le parasite.

Ce parasite appartient au genre sporotrichum, fait clairement mis en évidence par les cultures de M. le professeur Etienne. Il paraît se rapprocher de la variété « Beurmanni ». Nous n'avons pas cherché à l'identifier davantage parce que cela importe peu au point de vue pratique.

Comme le dit fort bien Moure, dans un récent article de la *Revue de Chirurgie*: « En réalité, il n'existe entre les diverses sortes de sporotricha que des différences morphologiques sans influence sur le caractère des lésions et l'aspect macroscopique de la culture, qui seuls, présentent un intérêt pratique pour le médecin ».

Il suffira donc au praticien de s'en tenir au diagnostic du genre.

Il aurait été intéressant — au point de vue pathogénique — d'étudier comment s'est faite l'inoculation, comment s'est ensuite généralisée l'infection.

Le diagnostic de sporotrichose n'ayant pas été posé assez tôt, nous en sommes réduit, à ce point de vue-là, à des hypothèses basées sur l'interrogatoire de la malade.

D'une part, celle-ci affirme n'avoir jamais eu sur un point quelconque des téguments une plaie, une égratignure, une excoriation, à laquelle aurait succédé une lésion offrant quelque ressemblance avec un chancre sporotrichosique.

D'autre part, elle nous apprend que la maladie actuelle a débuté par des phénomènes douloureux dans toute la région tibio-tarsienne droite, suivis, une quinzaine de jours après, de l'apparition d'un abcès au-dessous et en arrière de la malléole externe. Cet abcès incisé, il s'est produit une fistule. Nous avons exploré au stylet le trajet fistuleux et sommes arrivés sur un point osseux nécrosé.

La localisation osseuse a donc été primitive.

Etant donnés ces faits, deux hypothèses sont seules susceptibles d'expliquer le mode de contamination :

Ou bien le parasite, déposé sur le tégument, a pu traverser la peau saine, non éraillée, et se glisser de proche en proche jusqu'au tarse sur lequel il s'est localisé,

Ou bien l'infection s'est faite par voie sanguine, le para-

site ayant pénétré dans l'organisme par effraction au niveau de la muqueuse du tube digestif.

Si l'on s'arrête à la première hypothèse, il paraît extraordinaire que le sporothrix ait pu traverser la peau sans laisser sur son passage des traces d'infection sous forme de pustulettes ou vésico-pustulettes, véritables chancres sporotrichosiques bénins.

Il est à croire que, dans ce cas, nous nous serions plutôt trouvés en face d'une forme épidermique ou tout au moins d'une forme gommeuse sous-cutanée et non d'une localisation osseuse primitive d'emblée — que rien n'explique — même pas un traumatisme d'appel.

Selon la deuxième hypothèse, plus plausible à notre avis, l'infection serait d'origine hématogène.

Le sporothrix aurait pénétré par effraction à travers la muqueuse bucco-pharyngienne, vraisemblablement au niveau de l'amygdale.

Nous nous souvenons, en effet, que notre petite malade avait été très sujette, surtout ces dernières années, aux maux de gorge. Nous avons noté, dans l'observation, au paragraphe « antécédents personnels » des amygdalites à répétition, particulièrement fréquentes les deux ou trois années qui précédèrent l'apparition de la maladie actuelle.

Cela nous permet de supposer que le sporothrix vivait déjà depuis un certain temps à l'état de saprophyte dans le bucco-pharynx de la malade, où il n'était nullement contrarié dans son évolution par des soins de propreté de la bouche, inexistants en général chez les enfants de la campagne. Là sa virulence s'accroissait peu à peu (car le sporotrichum a ceci de particulier qu'ensemencé sur milieu humain, il devient rapidement virulent). D'autre part, l'organisme du sujet se sensibilisait progressivement au contact du germe morbifique. Et un jour, à la faveur d'une

amygdalite quelconque, *a frigore* par exemple ou causée par des microbes associés d'origine banale, le parasite a réussi à franchir la barrière muqueuse, grâce aux leucocytes qui se trouvaient là en abondance et qui se sont chargés de le véhiculer.

Une fois passé dans le torrent circulatoire, il a commencé par faire une première localisation au niveau de la région tibio-tarsienne droite, peut-être guidé par un ces traumatismes insignifiants et méconnus si fréquents dans l'enfance, puis successivement une deuxième localisation au niveau du poignet gauche et une troisième au niveau de l'avant-bras droit.

Ces localisations s'étant produites surtout au niveau des parties découvertes du corps, il y a tout lieu de penser qu'au mécanisme pathogénique précédent, a pu s'ajouter celui de l'auto-infection.

La malade avait les ongles longs, les mains sales; il est possible qu'elle se soit également inoculée elle-même par grattage, après l'apparition des premières lésions.

C'est d'ailleurs la seule hypothèse permettant d'expliquer les multiples ulcérations cutanées du cou et du membre supérieur droit.

Donc, infection bucco-pharyngée primitive, généralisation par voie sanguine, métastases consécutives en différents points de l'organisme, puis auto-inoculation par la patiente elle-même, telles ont été la genèse et les diverses phases évolutives de l'affection.

Enfin, dernier détail étiologique, qui peut offrir un certain intérêt, il serait curieux de préciser la provenance du parasite infectant.

Ici encore, très nombreuses et très variées sont les hypothèses qui se présentent à notre esprit.

Le sporotrichum sauvage est un saprophyte banal, qui existe partont dans le monde extérieur :

1° Dans le sol ;

2° Sur les légumes, la salade, les fruits, les grains. L'infection peut donc avoir pour point de départ l'ingestion alimentaire de ces produits contaminés crus ou mal cuits.

3° Dans l'eau, le vin, les boissons, d'où possibilité de contamination en buvant ces liquides parasités ;

4° Sur certains animaux, insectes comme la mouche, la guêpe, la fourmi, ou mammifères tels que le rat, le chat, le chien, le cheval, le mulet ou même l'homme (porteurs sains de germes) ;

5° Enfin et surtout sur certains bois, particulièrement sur le bois de hêtre.

Et, à ce propos, faisons remarquer tout de suite que le père de notre petite malade exerce la profession de tonnelier. L'enfant était donc plus que toute autre exposée à la contamination par les poussières issues de l'atelier paternel.

Cette contamination a pu être directe, le parasite ayant été aspiré avec des poussières ou ingéré directement par la malade, ou indirecte, par l'intermédiaire d'un porteur de germes, un animal domestique quelconque ou les parents eux-mêmes.

Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable qu'un interrogatoire minutieux nous a appris qu'il n'y avait eu — soit à l'école où fréquente l'enfant, soit à la maison ou dans son voisinage immédiat, — aucun cas morbide pouvant rappeler de près ou de loin l'infection sporotrichosique.

IV

SYMPTOMATOLOGIE

Notre malade présentant une forme mixte avec localisations osseuses, ostéo-articulaires et hypodermiques, nous décrirons d'abord — suivant l'ordre d'apparition des lésions — les divers symptômes locaux issus de ces différentes lésions ; puis nous terminerons par l'étude des symptômes généraux.

A. — *Symptômes locaux*

I. — *Lésions osseuses et ostéo-articulaires :*

Siège : Région tibio-tarsienne droite ;
Avant-bras droit ;
Région plantaire gauche ;
Poignet gauche.

a) *Symptômes fonctionnels.*— 1° La douleur fut le symptôme primordial, précédant d'une quinzaine de jours environ l'apparition de tout signe physique, si bien que le premier diagnostic porté avait été celui de douleurs rhumatismales.

Elle survenait surtout pendant la nuit et se manifestait

sous forme d'élanements aigus que notre petite malade comparait à des « milliers de piqûres d'épingles ».

Ces phénomènes douloureux étaient spontanés, se produisant sans cause apparente ; mais ils pouvaient être aussi provoqués par la palpation ou par les mouvements volontaires ou involontaires.

A ce premier symptôme et causé par lui, vint bientôt s'en ajouter un second :

2° *L'impotence fonctionnelle*, impotence partielle au début, mais qui, au fur et à mesure de l'apparition successive des autres localisations osseuses, se généralisa au point de confiner l'enfant au lit d'une façon définitive.

b) *Symptômes physiques*. — Nous nous trouvons en présence du cortège symptomatique habituel de toutes les ostéites à évolution lente, à marche torpide, que l'infection soit d'origine tuberculeuse, syphilitique ou cocciennne.

1° La *tuméfaction* s'est manifestée une quinzaine de jours environ après le début des premiers phénomènes douloureux. Dure à l'origine, elle s'est progressivement ramollie jusqu'au moment où l'abcès ainsi formé a été incisé. C'est ce qui s'est produit au niveau de la région tibio-tarsienne droite et du poignet gauche ; mais, au pied gauche et à l'avant-bras droit, le processus a été légèrement différent, en ce sens qu'on n'a pas incisé l'abcès une fois ramolli. L'évolution laissée à elle-même a eu comme aboutissant dans ce cas :

2° *L'ulcération* spontanée. Le foyer purulent a évolué peu à peu vers la peau par distension progressive et usure de tous les éléments qui l'en séparaient. Celle-ci a pris une teinte violacée, luisante, caractéristique, s'est amincie puis ulcérée, laissant échapper une certaine quantité de pus.

Et dans les deux cas, incision ou ulcération spontanée, le résultat a été identique :

3° *La fistulisation.* — Les fistules sont constituées au niveau de chaque foyer d'ostéite par un certain nombre de petits pertuis, doubles ou triples, venant s'ouvrir vers le centre d'une aréole de peau violacée, suintante, siège d'un infiltrat gommeux induré.

Entre ces pertuis, on remarque la présence de petits ponts de peau très amincie, plus ou moins rougeâtre.

Les cicatrices laissées par ces fistules (à l'avant-bras droit, par exemple) sont étoilées, déprimées en leur centre et très adhérentes aux plans osseux sous-jacents.

4° *L'adénopathie* des ganglions lymphatiques correspondant aux territoires infectés, n'est pas constante. Chez notre malade, on ne trouve en aucun point un signe quelconque d'adénite, malgré la multiplicité des lésions.

Mais, quoique rare, il ne faudrait pas se figurer que l'infection sporotrichosique des ganglions ne se rencontre jamais. Marie et Gougerot ont pu la démontrer bactériologiquement et histologiquement chez un malade atteint d'ostéite primitive du tibia.

Moure signale également un cas d'abcès tibial, d'arthrite du genou et de lymphangite gommeuse ascendante avec présence de petits ganglions durs dans le triangle de Scarpa.

Toutefois cette adénopathie est toujours très discrète et c'est, selon Moure, « ce qui explique pourquoi elle peut passer, cliniquement, inaperçue ».

5° *L'exploration au stylet* nous a conduit sur des points osseux friables, irréguliers, comme dans toute ostéite.

Nous n'avons constaté la présence d'aucun séquestre.

Le processus symptomatique, ci-dessus décrit, a été, à

peu de chose près, identique pour chacun des quatre foyers d'ostéite signalés chez notre malade. Mais l'évolution ne s'est pas faite simultanément dans l'ensemble. Quelques mois d'intervalle ont séparé les uns des autres les cycles évolutifs des différents foyers.

Au niveau du poignet gauche cependant, comme aux lésions osseuses sont venues se surajouter des lésions articulaires, le tableau clinique présente quelques caractères particuliers qu'il convient de noter :

Les premiers symptômes ont été les mêmes que pour les autres lésions osseuses : début insidieux, douleurs lancinantes au repos ; douleurs plus vives au moindre mouvement, spontané ou provoqué.

Mais nous devons ici mettre en relief la *précocité de l'impotence fonctionnelle et l'aspect tout particulier du membre lésé*.

De très bonne heure, les mouvements actifs et passifs de l'articulation ont été gênés, parce que douloureux, puis petit à petit, l'impotence a progressé et, à l'heure actuelle, elle est, depuis longtemps déjà, totale. La flexion et l'extension de la main sur l'avant-bras demeurent impossibles. Seuls persistent quelques mouvements insignifiants des doigts.

Le poignet est déformé, augmenté de volume. La main est élargie à la base, épaissie en une tuméfaction globuleuse ; les doigts amincis contrastent par leur aspect misérable avec le gonflement sus-jacent. L'aspect général est celui de la main « en fuseau » caractéristique des tumeurs blanches du poignet.

D'ailleurs, nous reviendrons plus loin sur cette similitude d'aspect avec l'ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet.

Plusieurs fistules, revêtant les caractères précédemment décrits, laissent sourdre à la pression un pus tantôt sé-

reux, citrin, tantôt plus épais, visqueux, mais toujours peu abondant.

Aucun ganglion axillaire ou épitrochléen.

II. — *Lésions cutanées et sous-cutanées*

Siège: Cuisse droite;

Avant-bras et bras droits;

Cou.

a) *Symptômes fonctionnels.* — Ces lésions sont caractérisées par leur insidiosité, leur lenteur d'évolution, leur indolence.

Elles n'ont jamais entraîné aucune impotence fonctionnelle.

b) *Symptômes physiques.* — Le début s'est fait par des tuméfactions nodulaires indolentes apparues insidieusement dans l'hypoderme et qui ont peu à peu envahi la peau, puis se sont ulcérées.

Nous avons pu en observer plusieurs, au cou; à la cuisse et au bras droits, à divers degrés de développement.

Les unes (cuisse et avant-bras) avaient déjà donné naissance à des cicatrices violacées, déprimées en leur centre, adhérentes aux plans sous-jacents, rappelant l'aspect des cicatrices de gommes tuberculeuses.

Une autre, à la face interne du bras droit, était ulcérée. De forme arrondie, surélevée, légèrement suintante, l'ulcération se trouvait recouverte par une croûte volumineuse, au-dessous de laquelle du pus stagnait. Tout autour, une aréole rougeâtre formait la transition entre les bords de cette ulcération et la peau saine.

Au cou, les lésions étaient plus complexes. On pouvait

noter deux cicatrices adhérentes au maxillaire inférieur, provenant sans doute d'un foyer de périostite maxillaire. Ces lésions étant déjà cicatrisées au moment où nous avons vu la malade pour la première fois, il nous est difficile d'en préciser la nature.

Au-dessous et en arrière du sterno-mastoïdien droit, siégeait une vaste ulcération, à contour induré par l'infiltration gommeuse, à bords déchiquetés et décollés, à fond sanguinolent. D'autres ulcérations contiguës, plus petites, restaient séparées de la première par des intervalles de peau rouge violacée; une aréole pigmentée, brunâtre, entourait ces divers éléments. Signalons ici encore l'absence de toute adénite.

En somme, nous trouvons là réunis la plupart des symptômes des *sporotrichoses gommeuses hypodermiques ulcéreuses*:

- 1° Multiplicité et dissémination des lésions;
- 2° Début par une nodosité indurée;
- 3° Ulcérations consécutives rappelant l'aspect des gommes tuberculeuses ou syphilitiques ulcérées;
- 4° Evolution froide et indolente;
- 5° Mélange sur un même malade, à un même moment, de lésions d'âges différents;
- 6° Cicatrices étoilées, déprimées, plus ou moins adhérentes aux plans profonds;
- 7° Absence habituelle d'adénopathie.

B. *Symptômes généraux.* — Bien que notre petite malade soit restée confinée au lit près de vingt mois et que le début de sa maladie remonte à plus de deux ans, l'état général demeure cependant excellent.

Cette absence de retentissement sur l'état général n'a rien qui doive nous étonner, car c'est là un caractère essentiel de toutes les affections sporotrichosiques.

V

DIAGNOSTIC

« Le diagnostic de sporotrichose, dit Gougerot, a la plus haute importance pronostique et thérapeutique, et devant toute lésion nodulaire, ce diagnostic doit être discuté, si l'on veut éviter de grosses erreurs thérapeutiques ».

Mais on ne saurait trop insister sur ce fait que la lésion sporotrichosique prise en elle-même ne présente pas de caractères cliniques pathognomoniques.

Tout au plus le médecin pourra-t-il retirer, de la constatation d'un certain ensemble de symptômes, une « impression clinique qui le poussera à rechercher la mycose par la culture », car c'est la culture seule qui peut lui permettre d'affirmer le diagnostic.

A. DIAGNOSTIC CLINIQUE. — a) *Positif*. — Dans les formes généralisées à localisations multiples, comme celle que nous venons d'étudier, il est cependant plus facile de bâtir son diagnostic sur des observations purement cliniques.

La multiplicité des lésions contrastant avec la conservation d'un bon état général; leur début par une nodosité indurée qui, peu à peu, s'abcède; leur évolution froide et indolente; la cicatrisation malgré la persistance de l'abcès

au-dessous de la peau amincie; l'aspect particulier des ulcérations, des fistules et des cicatrices, sur lequel nous nous sommes longuement étendus en un précédent chapitre; l'absence habituelle d'adénopathies; tous ces caractères associés nous suggèrent déjà l'hypothèse d'une mycose.

b) *Différentiel.* — Mais il est nécessaire d'éluder trois affections principales avec lesquelles on confond facilement celle-ci: syphilis, infection coccienne, tuberculose...

Chez notre malade plusieurs symptômes permettaient d'éliminer le diagnostic de syphilis:

Le grand nombre et la dissémination des lésions; la durée de leur évolution, qui, pour chacune d'elles varia de quatre à six semaines, alors que pour les gommes syphilitiques elle est ou très rapide (gommes aiguës évoluant en huit à douze jours) ou fort longue (jusqu'à trois ans!); le contenu visqueux, purulent ou séreux mais non bourbillonneux des gommes...

Enfin, l'aspect général des lésions n'éveillait qu'assez vaguement l'idée de lésions syphilitiques.

Néanmoins, un Wassermann fut fait, qui demeura négatif.

En dehors de la syphilis, la confusion était possible avec une infection bactérienne chronique d'emblée. Mais l'indolence, la lenteur d'évolution et surtout le grand nombre des lésions, suffisaient à écarter ce diagnostic.

Il était plus difficile, en présence de cette malade, de ne pas songer à la tuberculose. Tout nous y conviait: l'âge de la malade, ses antécédents héréditaires, la marche et l'aspect général des lésions, surtout celle du poignet gauche, dont nous avons décrit précédemment, d'une façon détaillée, l'allure pseudo-bacillaire.

Cependant le contraste de la multiplicité de ces lésions

avec un bon état général; l'absence de tout retentissement ganglionnaire, le peu de succès des divers traitements employés pendant de longs mois, finirent par aiguiller les recherches vers une autre voie. Et c'est ainsi que l'on fut amené à faire les cultures, qui ont permis d'affirmer le diagnostic de sporotrichose.

B. *Diagnostic bactériologique.* — Le diagnostic bactériologique qui seul donne la certitude, utilise des méthodes multiples :

Culture à froid, séro-diagnostic, réaction de fixation, recherche directe du parasite dans le pus et dans les coupes de biopsie, inoculation dans le péritoine du rat mâle.

De toutes ces méthodes, nous n'en retiendrons et n'en décrirons qu'une : la culture à froid de de Beurmann et Gougerot, car c'est la seule qui ne demande aucun matériel important ni aucune technique compliquée.

Le séro-diagnostic de Widal et Abrami et la réaction de fixation exigent déjà une installation de laboratoire qui manque à beaucoup de praticiens.

Quant aux autres méthodes, elles ne sont que des procédés d'exception.

Culture à froid de de Beurmann et Gougerot

Très facile à réaliser, elle ne demande ni laboratoire ni étuve, puisque les tubes sont laissés à la température ordinaire, ni même de microscope, puisque l'aspect macroscopique des colonies est à lui seul caractéristique. Il suffit d'une seringue de Pravaz stérilisée et de tubes de gélose glycosée-peptonée de Sabouraud.

a) *culture sur milieu de Sabouraud:*

Technique. — Elle varie suivant que la lésion est ouverte ou fermée:

Lésions fermées:

1° Aseptiser la région à ponctionner;

2° Retirer par ponction, avec une aiguille de gros diamètre (au cas où le pus serait grumeleux), plusieurs centimètres cubes de pus, car il faut faire un ensemencement abondant, les parasites étant habituellement rares;

3° Répartir dans trois tubes de Sabouraud le pus aspiré.

Lésions ouvertes. — Comme la plaie peut avoir été infectée secondairement par d'autres germes, tâcher de la désinfecter au préalable pendant quelques jours sous un pansement à l'alcool (qui ne gêne en rien le développement du sporotrichum). Puis, pratiquer l'ensemencement de même que pour les lésions fermées.

Dans les deux cas, les tubes non encapuchonnés sont laissés à la température ordinaire de la chambre, à l'abri de vapeurs antiseptiques.

La plupart des praticiens n'ayant ni le temps ni le matériel nécessaires pour préparer eux-mêmes les tubes de gélose glycosée, qu'il leur suffise de savoir que plusieurs maisons de produits chimiques vendent des tubes tout préparés pour cultures (Billon-Poulenc).

b) *Culture sur carotte glycinée:*

D'ailleurs, s'il existe quelques difficultés à se procurer des tubes de Sabouraud, on peut faire les cultures sur

carotte glycérinée. C'est un procédé aussi bon que le précédent, et la préparation du milieu est bien plus facile, à la portée de tous.

Il suffit de couper des tranches de carotte, qu'on place au fond des tubes, en ayant soin de les faire baigner sur une hauteur d'un centimètre environ dans de l'eau glycinée à 4 p. 100.

On bouche à l'ouate ordinaire et on stérilise au bain-marie.

c) *Auto-culture:*

Si l'on n'a sous la main aucun milieu de culture, on se borne à recueillir le pus dans un tube stérile. De Beurmann et Gougerot ont montré que le sporotrichum se conservait et se développait *in vitro* dans le pus qui le contenait.

On peut, quelques jours plus tard, faire l'examen microscopique de ce pus, ou bien l'envoyer dans un laboratoire où la culture sera faite dans les conditions voulues.

Résultat des cultures. — On commence à reconnaître facilement les colonies vers le quatrième jour; elles se présentent sous l'aspect de taches grisâtres, arrondies à bords rayonnés.

Vers le sixième jour, ces petites taches deviennent saillantes, acuminées, puis ne tardent pas à se circonvolver et à brunir.

Du sixième au quinzième jour, les colonies s'accroissent, deviennent plus saillantes et prennent une teinte noirâtre ou brun-chocolat. A ce moment, l'aspect macroscopique est caractéristique et il suffit d'avoir vu, une fois, ces colonies pour les reconnaître aussitôt.

Artifice de la coulée de pus sur le verre sec (Gougerot). — Si l'on veut connaître de très bonne heure (dès le deuxième jour), le résultat de la culture, il faut employer le procédé de Gougerot, qui consiste à laisser couler, au moment de l'ensemencement, une grosse goutte de pus dans l'angle dièdre formé par la paroi du verre sec et la surface plane de la gélose.

On porte le tube sur la platine du microscope, préalablement incliné à 45° et l'on examine à travers la paroi les parasites qui se sont développés sur le verre.

Il est possible alors de découvrir, au milieu des amas leucocytaires, des filaments mycéliens sous forme d'étoiles ou de ramifications coralliformes.

c) *Diagnostic par le traitement d'épreuve*. — Enfin, si par faute de matériel on ne peut pratiquer la culture, il est facile d'instituer un traitement ioduré d'épreuve, l'analogue du traitement mercuriel « pierre de touche » de la syphilis.

VI

PRONOSTIC — EVOLUTION

Le pronostic de la sporotrichose dépend d'un certain nombre de facteurs :

1° *De la précocité du diagnostic.* — Une sporotrichose méconnue reste incurable. Elle peut s'éterniser des années jusqu'à ce que la mort survienne par le fait d'une infection surajoutée, tuberculose le plus souvent.

Une sporotrichose diagnostiquée tardivement, *mais traitée d'une manière rigoureuse*, guérit lentement, surtout si l'affection a envahi les muqueuses, créant des lésions bucco-pharyngées ou laryngées. Dans ce dernier cas, le pronostic est grave, car même si ces lésions guérissent, le champignon persiste à l'état de saprophyte sur le larynx ou le bucco-pharynx et le malade, devenu un porteur de germes, peut se réinfecter à l'occasion de la moindre angine ou de la plus légère laryngite.

Chez notre malade, où l'affection fut diagnostiquée après plus de deux ans, un traitement ioduré intensif, poursuivi d'une façon sérieuse depuis un mois environ, a cependant amené des résultats surprenants. Toutes les lésions cutanées et certaines lésions osseuses sont déjà cicatrisées.

Quant aux autres lésions osseuses, elles paraissent être en bonne voie de guérison; les douleurs à la palpation ont diminué d'intensité, et les fistules ne coulent presque plus.

Le pronostic *quoad vitam* est donc très favorable, mais la petite malade n'en conservera pas moins une certaine impotence fonctionnelle, due à des lésions ostéo-articulaires ouvertes trop avancées, qui entraîneront fatalement des cicatrices vicieuses.

Une sporotrichose diagnostiquée au début et bien traitée est la plus bénigne des infections, car nous possédons, avec l'iode, un médicament spécifique infaillible.

2° *Du terrain sur lequel évolue l'affection.* — Les sporotrichoses secondaires des cachectiques et surtout des tuberculeux sont particulièrement graves.

3° *De la virulence du germe.* — Dans certains cas, heureusement très rares (cas de Lagoutte et Brian, rapportés par Gougerot sous le nom de *sporotrichose cachectisante mortelle*) la mort est survenue « malgré un traitement ioduré général et local, longtemps et régulièrement suivi ».

Dans ces cas-là, comme le terrain paraissait excellent, exempt de toute tare organique, on est forcé d'admettre, comme cause de la mort, l'hypervirulence du germe.

En somme, la sporotrichose demeure une affection essentiellement bénigne, à condition que le diagnostic soit fait au début et le traitement régulièrement suivi.

VII

TRAITEMENT

La sporotrichose est une affection de traitement relativement simple, puisqu'elle possède un médicament spécifique « l'iodure ».

Le traitement sera général et local.

1° TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Il suffit le plus souvent à assurer la guérison. Mais comme l'iodure n'est pas également bien toléré par tous les sujets, il faut, avant d'instituer le traitement, tâter la susceptibilité du malade.

À ce point de vue, nous distinguerons, avec Gougerot, quatre catégories de malades :

a) *Les malades tolérants à l'iodure.* — 90 p. 100 des cas. Donner l'iodure à doses progressivement croissantes. Commencer par une dose quotidienne de 2 grammes et atteindre 6, 8, 10 grammes selon les sujets.

Chez notre malade, en raison de son jeune âge, on a commencé par 1 gramme et atteint, en augmentant d'un gramme chaque jour, la dose de 6 grammes, qui n'a pas été dépassée.

Gougerot insiste sur ce point que le traitement doit être

poursuivi « sans interruption » jusqu'à guérison complète des lésions, et « un mois au moins après la disparition totale des accidents » pour éviter les risques de rechutes.

b) *Les malades partiellement tolérants à l'iodure.* — Dès le début du traitement apparaissent des accidents bénins d'iodisme: coryza, larmolement, céphalée, acné.

Il faut alors varier les iodures (K, Na, Am), avoir recours surtout à l'iodure de fer; veiller à l'antisepsie intestinale; instituer le régime lacté associé à l'eau de Vichy; faire prendre de la belladone à la dose de 0,05 à 0,10 par jour; enfin employer les iodures par voie hypodermique ou par voie rectale.

c) *Les malades totalement intolérants.* — Remplacer l'iodure par ses dérivés: albumines iodées, artificielles (peptoniodes), huiles iodées (iodipin ou huile iodée de Lafay), tannoïdes iodés (sirop iodotannique ou sirop de raifort iodé).

d) *Les malades porteurs de lésions rebelles nécessitant un traitement local.*

2° TRAITEMENT LOCAL. — Injecter dans les trajets fistuleux ou dans les cavités suppurantes, la solution suivante:

Iode	1 gr.
Iodure de K.	5 gr.
Eau	50 à 100 gr.

Appliquer sur les ulcérations, la poudre:

Chlorhydrate de morphine . . .	0 gr. 50
Iode en poudre	0 gr. 50
Talc ou amidon	60 gr.

Eviter les pansements humides à cause des auto-inoculations possibles,

VIII

CONCLUSIONS

L'observation que nous avons rapportée, nous permet de souligner les conclusions suivantes :

1° La sporotrichose peut se rencontrer aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

2° En présence de toute lésion nodulaire, de toute ostéite à évolution lente, de tout abcès froid douteux, de toute ulcération cutanée syphiloïde ou tuberculoïde, qui n'a pas fait sa preuve, il faut songer d'une façon systématique à la sporotrichose, tout autant qu'à la tuberculose, la syphilis ou à une infection coccienne.

3° Le diagnostic de sporotrichose se fait facilement. Le procédé de la culture à froid l'a mis à la portée de tous. Il suffit d'y penser.

4° Le pronostic est d'autant plus bénin que le diagnostic a été plus précoce.

5° Le traitement est simple et efficace, puisque nous possédons à cet égard un médicament spécifique, l'« iodure ». Mais ce traitement doit être rigoureusement suivi et continué au moins un mois après la disparition de toute lésion.

IX

BIBLIOGRAPHIE

(Suivant l'ordre chronologique)

Pour toutes les publications antérieures à 1912, se reporter à l'ouvrage de de Beurmann et Gougerot « Les sporotrichoses », paru en 1912, chez Alcan.

1912 :

GOUGEROT et LÉVY-FRANKEL. — Synovite sporotrichosique du poignet. *Revue de chirurgie*.

DEMOULIN, GOUGEROT et MATHIEU. — Ostéo-arthrite sporotrichosique du coude avec fracture spontanée de l'humérus et pseudarthrose. *Revue de chirurgie*.

DE LAPERSONNE. — Sporotrichose oculaire. *Presse médic.*, 31 janvier.

DE BEURMANN et GOUGEROT. — Rapport au VII^e Congrès international de dermatologie et syphiligraphie, Rome, avril 1912, in *Biologie médicale*, avril.

CHEVALLIER. — Sporotrichoses. *La Clinique*, 14 juin.

MOURE. — Sporotrichose musculaire. *Presse médic.*, 30 oct.

1913 :

MAUCLAIRE. — Sporotrichose de l'humérus et du tibia. *Soc. de chirurgie*, 12 février.

GOUGEROT. — Sporotrichoses, *La Clinique*, 25 juillet.

LAURENT. — Sporotrichoses à localisations osseuses et pulmonaires simulant la tuberculose. *Loire médicale*, Saint-Etienne.

MORIN. — Sporotrichose probable. *Journal de médecine de Bordeaux*.

MARÉCHAL et CHATON. — La sporotrichose. *Revue médicale de la Franche-Comté*, Besançon.

GARY et BONNEL. — Observation d'un cas de sporotrichose gommeuse, disséminée, à manifestations cutanées ulcéreuses. *Journal de médéc. militaire française, Bulletin*, Paris.

SARTORY et ORTICONI. — Sporotrichose d'un métacarpien. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, Paris.

1914 :

WIDAL et JACQUET. — Un cas de sporotrichose avec gomme osseuse d'un métacarpien. *Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie*.

RAYBAUD. — Un cas de sporotrichose. *Marseille médical*.

DE BEURMANN. — Un cas de sporotrichose osseuse chronique à forme rhumatoïde avec gomme mammaire spontanément ouverte. *Bull. et mém. Soc. méd. hôp.*, Paris.

MAUCLAIRE. — Sporotrichose cutanée des mains et des poignets chez un soldat ayant souvent couché dans la paille. *Bull. et mém. Soc. méd. hôp.*, Paris.

MORAX. — Uvéite avec gomme sporotrichosique épislérolaire secondaire. *Annales d'oculistique*.

1915 :

QUEYRAT. — Sporotrichose à forme éléphantiasique. *Bull. et mém. Soc. méd. hôp.*, Paris.

GOUGEROT et MONOD. — Sporotrichose en nappe simulant un sarcome. *Bull. Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, Paris.

1916 :

GOUGEROT. — Deux cas de sporotrichose confondus avec la syphilis. *Annales mal. vén.*

1917 :

BIZARD et BLUM. — Evolution d'une sporotrichose chez un tuberculeux; sporotrichose de l'avant-bras et du poignet simulant une tuberculose varruqueuse. *Bull. et mém. Soc. méd. hôp.*, Paris.

GOUT. — La sporotrichose et les plaies de guerre. *Montpellier médical.*

1918 :

LANGLAIS. — Sporotrichose gommeuse disséminé fébrile et cachectisante. *Bull. méd. de Québec.*

1919 :

SABRAZÈS. — De la sporotrichose à propos d'un cas nouveau. *Gazette hebd. des sc. méd. de Bordeaux.*

MOURE. — La sporotrichose au point de vue chirurgical. *Revue de Chirurgie.*

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 1^{er} mai 1920.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 30 avril 1920.
Pour le Doyen,
Le Professeur délégué,
TEDENAT.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
